

## SOLICITUD PARA MEDICAID DE CAROLINA DEL SUR

Hogar de Ancianos  
(Nursing Home)

Servicios de Renuncia  
(Waiver Services)

Hospital General  
(General Hospital)

Nombre del Condado \_\_\_\_\_

Numero del Caso \_\_\_\_\_

Fecha de Recibo \_\_\_\_\_

Se necesita la siguiente información para que se pueda hacer una determinación de su elegibilidad para Medicaid. Cualquier información dada está sujeta a verificación. Al final de este formulario, se le pedirá que usted firme una declaración de que usted entiende las preguntas y que las ha contestado entera y completamente, según su leal entender y saber, y que usted no ha dado ninguna información falsa. Por favor conteste todas las preguntas, si no recibe otras instrucciones.

**1. ¿Quién es el/la solicitante?**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Hogar Trabajo

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Postal: (si es distinta) \_\_\_\_\_

¿En dónde está localizado/a físicamente el/la solicitante en la actualidad? \_\_\_\_\_

Si está en una institución/facilidad médica, cuál es la fecha de admisión: \_\_\_\_\_

**2. Conteste estas preguntas si está haciendo la solicitud para otra persona.**

\_\_\_\_\_ Su Nombre Su Relación Con el Solicitante Su Número de Teléfono

\_\_\_\_\_ Su Dirección

Marque una de los siguientes encasillados si el/la solicitante tiene un/a:

Defensor/a  Guardián  Poder Notarial

**Si ha marcado alguno de los encasillados, por favor, dé nos una copia de los papeles del tribunal.**

**3. Dé la siguiente información sobre el/la solicitante, su esposo/a, y niños menores de 21 años.**

Nombre	¿Cuál es su relación con el/la solicitante?	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo	Raza Negra Blanca Otra	¿Es esta persona residente de SC? Si/No	Estado Civil	No. de Seguro Social	No. de Seguro Social o No. de Demanda de Retiro del Ferrocarril
	Solicitante							

**4. ¿Dónde ha vivido el/la solicitante la mayor parte de su vida?**

Ciudad	Condado	Estado	Desde	Hasta

5. Si ha estado casado/a, dé la siguiente información sobre, el/la esposo/a del/de la solicitante, anotando el/la más reciente primero.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
 Vivo/a  Difunto/a Si difunto/a, la fecha: \_\_\_\_\_ Lugar de la Defunción: \_\_\_\_\_  
Si se divorciaron, la fecha y el lugar en que pidieron el divorcio: \_\_\_\_\_  
¿Recibe pensión alimenticia?  Sí  No Cantidad: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
 Vivo/a  Difunto/a Si difunto/a, la fecha: \_\_\_\_\_ Lugar de la Defunción: \_\_\_\_\_  
Si se divorciaron, la fecha y el lugar en que pidieron el divorcio: \_\_\_\_\_  
¿Recibe pensión alimenticia?  Sí  No Cantidad: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo se llama la madre del/ de la solicitante y cuál es su dirección (si se sabe)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vivo/a  Difunto/a Si difunto/a, ¿en dónde se legalizó el testamento o se decidió la herencia?  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de Defunción: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo se llama el padre del/de la solicitante y cuál es su dirección (si se sabe) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vivo/a  Difunto/a Si difunto/a, ¿dónde se legalizó el testamento o se decidió la herencia?  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de Defunción: \_\_\_\_\_

8. ¿Dónde trabajó el/la solicitante por el periodo de tiempo más largo?

Nombre y Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fechas del Empleo: \_\_\_\_\_  
¿Dónde trabajó el/la solicitante por última vez? \_\_\_\_\_  
Nombre y Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Si el/la solicitante está incapacitado/a debido a un accidente, ¿cuándo y dónde ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hubo o habrá alguna indemnización para el/la solicitante?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Está(n) el/la solicitante, el/la esposo/a, los niños recibiendo o solicitando ingresos de alguno de los siguientes recursos:

Marque Recibiendo o Solicitando (Sí o No)	Recibiendo		Solicitando	
	Sí	No	Sí	No
Ingresos de Seguridad Suplemental (SSI) Supplemental Security Income				
Beneficios de Seguro Social (RSDI) Social Security Benefits				
Beneficios de la Administración de Veteranos Veteran's Administration Benefits				
Jubilación Estatal de Carolina del Sur South Carolina State Retirement				
Retiro del Ferrocarril Railroad Retirement				
Servicio Civil Civil Service				
Otros Ingresos de Jubilación o Pensión Other Pensions or Retirement Income				
Ingresos de Interés, Dividendos, Cuenta Fiduciaria, o Anualidad Interest, Dividendes, Trust or Annuity Income				
Ingresos de Renta Rental Income				
Ingresos de Préstamos, Pagaré, Hipoteca Loans, Promissory Note, Mortgage Income				
Dinero de Parientes, Amigos, o Pensionistas Money from Relatives, Friends or Boarders				
Pago a una Facilidad Médica de Parte del/de la Solicitante Payment Made to a Medical Facility on Applicant's Behalf				
Compensación de Trabajo Workers' Compensation				
Compensación por Desempleo Unemployment Compensation				
Mantenimiento de Niños o Pensión Alimenticia Child Support or Alimony				
Empleo/Capacitación/Auto-Empleo Work/Training/Self-Employment				

Si ha respondido a cualquiera de las anteriores sí, complete lo siguiente:

Tipo de Ingreso	Recibido por	Cantidad	¿Con qué frecuencia?

11. ¿Recibe el/la solicitante o esposo/a cualquier otro dinero o cheques sobre algo que no hemos preguntado?  
 Sí  No Si la respuesta es sí, explique:

---



---

12. ¿Es el/la solicitante un/a veterano/a?  Sí  No  
 ¿Es el/la esposo/a del/de la solicitante un/a veterano/a?  Sí  No

13. ¿Tiene el/la solicitante o el/la esposo/a alguno de los siguientes recursos/posesiones?

Detalle	Sí	No	Detalle	Sí	No
Cuenta de Cheque Checking Account			IRA/KEOGH/ROTH/401K/457		
Cuenta de Ahorros Savings Account			Casa Móvil, Motocideta, Carro, Camión, Camioneta, Bote Mobile Home, Motorcycle, Car, Truck, Van, Boat		
Poseedor de Hipoteca o Pagaré Holder of a Mortgage or Promissory Note			Caja Fuerte Safe Deposit Box		
Cuenta Fiduciaria Trust Account			Dinero Ahorrado para el Entierro Money Set Aside for Burial		
Certificado de Depósito Certificate of Deposit			Terreno de Sepultura en un Cementerio Cemetary Burial Plot		
Efectivo que Tiene Ahora Disponible Cash on Hand			Contrato de Entierro Pre-necesitado Preneed Burial Contract		
Pago de Suma Global Dentro de los últimos 3 Años Lump Sum Payment in last 3 years			Cuenta de Entierro Burial Account		
Acciones, Bonos o Fondos Mutuos Stocks, Bonds or Mutual Funds			Otro: (identifique)		
Fondo de Fideicomiso Trust Fund			Otro: (identifique)		
Maquinaria de Granja/Equipo de Negocios Farm Machinery/Business Equipment			Otro: (identifique)		

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente sobre cada artículo:

Dueño/a	Tipo de cuenta o Tipo de Posesión	No. de la Cuenta o Descripción de Posesión	Valor/Balance Actual	Nombre y Dirección de la Institución

14. ¿Ha tenido el/la solicitante cualquier otra(s) cuenta(s) de banco en los últimos 3 años (5 años si se ha puesto en una cuenta fiduciaria)?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿en qué banco y a nombre de quién?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Cierre: \_\_\_\_\_ Balance al Cerrarla: \$ \_\_\_\_\_

15. ¿Mantiene alguien una cuenta de banco, o cualquier otra posesión, para el/la solicitante o su esposo/a?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿en qué banco y a nombre de quién?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿Tiene el/la solicitante o su esposo/a cualquier propiedad, incluyendo un hogar, terreno, u otros edificios?  
 Sí  No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Dirección/Ubicación de la Propiedad:	Dirección/Ubicación de la Propiedad:
Dueño(s):	Dueño(s):
Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

17. ¿Comparte el/la solicitante o su esposo/a la posesión de cualquier propiedad?  Sí  No  
 ¿Tiene el/la solicitante o su esposo/a derechos de por vida a cualquier propiedad?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, ¿dónde está ubicada la propiedad y a nombre de quién?

---



---



---

18. ¿Ha vendido o regalado el/la solicitante o su esposo/a cualquier dinero, propiedad, vehículo, bote, u otros recursos a alguna persona durante los últimos 36 meses (60 meses si han sido puestos en una cuenta fiduciaria)?  
 Sí  No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Artículo Vendido o Regalado	La Persona a Quien se lo Vendió o Regaló	Fecha del Regalo o de la Venta	Suma Recibida

19. ¿Tiene el/la solicitante o su esposo/a Medicare o cualquier otro seguro médico? (Incluya seguro comprado para el/la solicitante por otra persona).  Sí  No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Dueño/a de la Póliza	Persona Asegurada	Nombre de la Compañía	Número de la Póliza	Tipo y Cantidad de la Prima

20. ¿Tiene el/la solicitante o su esposo/a cualquier póliza de seguro de vida o entierro?

Dueño/a de la Póliza	Persona Asegurada	Nombre de la Compañía	Número de la Póliza	Tipo y Valor

21. ¿Ha recibido el/la solicitante servicios médicos en los últimos tres meses?  
 Sí  No Si la repuesta es sí, complete lo siguiente:

Fecha del Servicio	Proveedor/a de Servicios (Doctor/a, Hospital, Farmacia, etc.)

22. ¿Ha sido la situación financiera y la del hogar del/de la solicitante durante los tres meses previos igual a como es ahora?  Si  No Si no, explique cómo fueron diferente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted no supo las respuestas a todas las preguntas, ¿hay alguna otra persona que puede darnos más información?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Yo certifico que las personas nombradas al principio de esta solicitud son ciudadanas de los Estados Unidos o tienen estado legal de inmigración.

\_\_\_\_\_  
Solicitante/Recipiente/Persona Responsable/Representante Autorizado(a)  
Applicant/Recipient/Responsible Person/ Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

Firma con una "X" requiere dos testigo.

\_\_\_\_\_  
Testigo  
Witness

\_\_\_\_\_  
Dirección  
Address

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Testigo  
Witness

\_\_\_\_\_  
Dirección  
Address

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

**OJO: Se tiene que obtener verificación del estado de ciudadanía para cualquier persona nombrada al principio de esta solicitud cuyo estado de ciudadanía sea cuestionable.**

## DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Lea cada declaración cuidadosamente. Si usted no entiende algunas de las declaraciones, debe pedirle al trabajador que las explique.

- Se considerará esta solicitud justamente sin tener en cuenta la raza, color, sexo, edad, incapacidad, origen nacional
- El registro del caso es confidencial, y no se divulgará ninguna información sin su permiso, excepto si leyes estatales/federales así lo requieren.
- El/la solicitante puede pedir una audiencia si no está satisfecho/a con la acción tomada por el Departamento o si siente que ha ocurrido discriminación.
- Toda la información dada al Departamento está sujeta a verificación. Se requiere cooperación completa si el Control de Calidad (Quality Control) elige este caso para revisión.
- Se tiene que informar al Departamento de cambios en ingreso, recursos y la situación de vivienda dentro de diez (10) días después de la fecha del cambio(s). Se puede considerar como fraude la falta de notificación al departamento puntualmente, lo que es un crimen castigable bajo las leyes estatales.
- Si es encontrado culpable de fraude, el castigo es una multa hasta \$1,000 o encarcelamiento hasta tres años o ambos.
- Se autoriza la divulgación de registros médicos al Departamento. Una copia de esta autorización es tan válida como la original.
- El Departamento pedirá y usará información accesible a través del sistema computarizado estatal de ingreso y verificación de elegibilidad (Income and Eligibility Verification System, IEVS). Este sistema equipara la información del departamento sobre el/la solicitante y otros miembros del grupo de asistencia con información de otras agencias como el Servicio de Impuestos a la Renta (Internal Revenue Service), Administración de Seguro Social (Social Security Administration) y Comisión de Seguridad de Empleo (Employment Security Commission). La información obtenida por IEVS puede afectar elegibilidad.
- Al solicitar asistencia médica, se asigna al estado cualquier derecho a apoyo médico u otros pagos para cuidado médico. Si se hace una solicitud para un/a niño/a menor de edad, se requiere cooperación con el estado para establecer paternidad y obtener pagos a una tercera parte.

**Complete lo Siguiente:**

Certifico que he leído, o alguien me ha leído, todas las declaraciones en este formulario y que la información dada es verdadera y completa según mi leal entender y saber. Entiendo que si yo he dado deliberadamente información falsa o si he ocultado cualquier información con respecto a cualquier situación, me pueden procesar por fraude y/o perjurio. Por medio de la presente doy permiso al departamento para verificar, sin consentimiento adicional, información encontrada por el departamento o dada por mí que sea necesaria para determinar elegibilidad. (No se considera este formulario válido si no está firmado).

Firma del/de la Solicitante/Recipiente:		Fecha:
Firma de la Persona Responsable o Representante Autorizado/a:	Título/Relación:	Fecha:
Testigo: (Firma con "X" requiere dos testigo(as))	Dirección:	Fecha:
Testigo:	Dirección:	Fecha:

**Si usted ha decidido no continuar con su solicitud, complete lo siguiente:**  
 He decidido no continuar con mi petición y mi firma abajo significa que quiero retirar mi solicitud para Asistencia Médica solamente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Referencias Discutidas:**

- Programa de Ingreso de Seguridad Suplemental  
Supplemental Security Income Program
- Servicios para Adultos  
Adult Services
- Otro: \_\_\_\_\_  
Other

**Formularios Dados al Cliente:**

- Panfleto de Derechos Civiles  
Civil Rights Pamphlet
- Manual de Medicaid  
Medicaid Handbook
- Recuperación de Propiedad  
Estate Recovery
- Audiencias y Apelaciones Justas  
Fair Hearings and Appeals
- Otro: \_\_\_\_\_  
Other

\_\_\_\_\_  
 Firma del Trabajador de DSS  
 DHHS Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
 Fecha  
 Date

**Comentarios:**

---



---



---



---



---